

N° Sinistro	Data Sinistro	Assicurato	Danneggiato
		AUSL	

### ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ i € 23.300,00 (Euro VENTITREMILATRECENTO/00) omnia  
\_\_\_\_\_

a tacitazione definitiva, anche a stralcio e transazione, di tutti i danni materiali e immateriali, patrimoniali e non patrimoniali, presenti e futuri, a persone e cose, e delle spese sostenute o da sostenere, in conseguenza del sinistro sopra rubricato, per il quale pativa lesioni personali.

Dichiara inoltre che, ricevuto il pagamento della suddetta somma concordata, questo atto acquisterà valore anche di quietanza ampiamente liberatoria ed il/la sottoscritto/a non avrà più nulla a pretendere dalla AUSL \_\_\_\_\_ né da alcuno degli amministratori, dei dirigenti, dipendenti collaboratori, assistenti e consulenti della stessa.

Il sottoscritto rinuncia pertanto, all'atto dell'avvenuto pagamento, al diritto ed all'azione rinveniente dai fatti di lite, in sede civile, penale ed amministrativa, impegnandosi a porre in essere tutte le attività formali e giuridiche si rendessero necessarie al riguardo sollevando l'Ente sanitario da ogni spesa ed incumbente.

Il sottoscritto prende atto e riconosce che l'attività transattiva funzionale ad addivenire alla chiusura bonaria della presente vertenza è stata svolta da AmTrust Claims Management quale società mandataria con rappresentanza dell'Ente sanitario AUSL \_\_\_\_\_ sicché, in applicazione dell'art. 1388 c.c., la mandataria AmTrust Claims Management non resta vincolata per gli obblighi assunti in capo alla mandante Ente sanitario che, in ragione della franchigia prevista dalle condizioni di polizza, provvederà, in proprio, ad eseguire il relativo pagamento.

Il sottoscritto dichiara di accettare il pagamento di cui sopra tramite bonifico bancario, con accredito a:

<b>ISTITUTO DI CREDITO (BANCA + AGENZIA):</b>	_____
Indirizzo Completo (con CAP):	_____
Codice IBAN leggibile:	_____
	Nr. Conto Corrente
Intestato a:	_____
Codice Fiscale dell'Intestatario:	_____

RESARO / \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Luogo e data

\*\* Il sottoscritto legale (Avv. Gabriele Chiarini) - Codice fiscale CAR.64.77.8.10.4500A

Dichiara: (1) che le firme che precedono sono quelle dei legittimi percipienti della somma concordata  
(2) di rinunciare alla solidarietà di cui all'art. 68 della L. P. F.

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma Patrocinatore